

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
 CANCER DETECTION SECTION
 CANCER DETECTION PROGRAMS: EVERY WOMAN COUNTS
 P.O. BOX 942732
 SACRAMENTO, CA 94234-7320



**СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ
 И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ ЛИЧНОГО И МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА**

Департамент здравоохранения оплачивает некоторые виды исследований и анализов на определение наличия раковых заболеваний груди и матки у женщин, которые не в состоянии самостоятельно оплатить эти услуги. У большинства женщин злокачественных опухолей **НЕТ**. Тем же немногим из них, у которых раковые заболевания все-таки есть, своевременное их обнаружение может спасти жизнь. **Подпишав данную форму, вы тем самым выражаете желание принять участие в программе.** В следующем году вам предложат пройти повторное обследование. Вы должны будете ежегодно заново подписывать форму согласия, если желаете продолжить участие в программе. При этом вы вправе в любое время прекратить свое участие в ней.

С целью проверки возможности вашего участия в данной программе, необходимо сообщить свое имя, адрес, дату рождения, размеры дохода и некоторые сведения из своей медицинской истории. Кроме того, благодаря этой информации вы сможете также получить результаты исследований. Вас попросят сообщить и другие сведения, например, номер карточки социального страхования (если она у вас имеется), но для прохождения исследований и анализов эти сведения предоставлять необязательно. Все полученные от вас сведения будут сохраняться в тайне.

Ваше имя не будет указываться ни в каких общедоступных документах. Некоторые сведения могут быть переданы администрациям других программ Департамента здравоохранения и других государственных органов. При этом будут соблюдены все законы по охране сведений личного характера. Департамент здравоохранения обязан руководствоваться положениями раздела 30461.6 Кодекса законов о налогообложении, а также раздела 1501 титула 15 Кодекса законов Соединенных Штатов Америки.

Вы получите один экземпляр данной формы согласия. Если у вас возникнут вопросы, просьба обратиться с ними к своему лечащему врачу. Вы также вправе потребовать представить вам документацию, содержащую ваши персональные данные, по телефону (916) 327-2784 или направив письменный запрос по адресу:

Chief, Cancer Detection Section
 Cancer Detection Programs: Every Woman Counts
 P.O. Box 942732, Mail Station 428
 Sacramento, CA 94234-7320

Я, _____ (просьба вписать свое имя), даю согласие принять участие в программе Департамента здравоохранения штата Калифорния по диагностике раковых заболеваний груди и (или) матки. Я также даю согласие на использование в указанном выше порядке сведений обо мне, имеющих личный и медицинский характер. Мне известно, что все эти сведения будут сохраняться в тайне. Мне известно, что, подписав эту форму, я тем самым даю согласие принимать участие в программе в течение одного года, и что для того, чтобы принять участие в программе в следующем году, мне нужно будет подписать новую форму.

Подпись

Дата

ЗАПОЛНИТЬ ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ТРЕБУЕТСЯ ПРИСУТСТВИЕ СВИДЕТЕЛЯ

Я прочитал(-а) информацию, содержащуюся в настоящей форме согласия, указанной выше пациентке и пришел(-ла) к заключению, что она понимает эту информацию и действительно желает принять участие в соглашении.

Подпись свидетеля

Имя прописью

Дата